

POLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES - Solicitud No. 22021008321



CallCenterSyS <callcentersys@syssastpa.com>

Para

CC aarrieta@gnsudameris.com.co



Poliza_Solicitud_22021008321.pdf
Archivo .pdf

Responder Responder a todos Reenviar

lunes 12/07/2021 9:22 a. m.

Apreciado señor,
HECTOR JULIO VIDAL CADAVID

Para Aseguradora Solidaria de Colombia es un placer atenderlo como uno de nuestros asegurados, adjunto en este correo, usted podrá visualizar las condiciones y beneficios a los que tiene acceso a través de la póliza de vida grupo deudores del Banco GNB Sudameris por ser Usted el titular del crédito de libranza que está tramitando con dicha entidad financiera.

Cordialmente,

Aseguradora Solidaria de Colombia.

NO RESPONDA ESTE CORREO, es un mensaje generado automáticamente y las respuestas a este no podrán ser leídas o respondidas.

***** AVISO LEGAL *****

Este mensaje es solamente para la persona a la que va dirigido. Puede contener información confidencial o legalmente protegida. No hay renuncia a la confidencialidad o privilegio por cualquier transmisión mala/errónea. Si usted ha recibido este mensaje por error, le rogamos que borre de su sistema inmediatamente el mensaje así como todas sus copias, destruya todas las copias del mismo en su disco duro y notifique al remitente. No debe, directa o indirectamente, usar, revelar, distribuir, imprimir o copiar ninguna de las partes de este mensaje si no es usted el destinatario. Nótese que el correo electrónico vía Internet no permite asegurar ni la confidencialidad de los mensajes que se transmiten ni la correcta recepción de los mismos. En el caso de que el destinatario de este mensaje no consintiera la utilización del correo electrónico vía Internet, rogamos lo ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.

Saludo Cordial,

Apreciado señor HECTOR JULIO VIDAL CADAVID

Para Aseguradora Solidaria de Colombia es un placer atenderlo como uno de nuestros asegurados a través de la póliza de vida grupo deudores del Banco GNB Sudameris por ser el titular del crédito de libranza otorgado por dicha entidad.

Le informamos que de acuerdo con el resultado de la validación médica, le fue aprobada una cobertura que contempla el amparo básico de Muerte, el Auxilio funerario y el Auxilio por Renta de Libre Destinación. Por lo anterior, le confirmamos que fue excluido el amparo de Incapacidad Total y Permanente.

A partir de la aprobación de crédito por parte del Banco, usted cuenta con beneficios adicionales que constan de las siguientes Asistencias Telefónicas a las cuales podrá acceder a través de la línea 4432114 en Bogotá o desde cualquier celular marcando #789 opción 5 - 3

- * Asistencia Jurídica
- * Orientación Psicológica Telefónica
- * Orientación Nutricional Telefónica
- * Orientación Telefónica al PC
- * Referencias Médicas y Centros Médicos
- * Recordatorio Ingesta de Medicamentos
- * Referenciación De Equipos Ortopédicos, Rehabilitación Y Fisioterapia
- * Referenciación Red De Farmacias
- * Orientación Telefónica Por Pérdida De Documentos
- * Asistencia Telefónica Educativa
- * Referencias Mecánicas
- * Orientación Veterinaria Telefónica
- * Referencias Veterinarias
- * Referenciación Salas de Belleza, Boutiques y Clínicas Veterinarias
- * Envío de Alimento a la mascota a Domicilio
- * Transmisión de Mensajes Urgentes
- * Mensajería para Recoger Exámenes Médicos
- * Asistencia Legal Veterinaria
- * Referenciación Plomeros, Eléctricos y Cerrajeros
- * Referenciación Para Jardinería
- * Referenciación Para Vigilante

Lo invitamos a consultar las condiciones generales de la póliza en el sitio web <https://www.gnbsudameris.com.co/personas/financiacion/credito-de-libranza#documentos>

Finalmente, le informamos que en caso de siniestro se dispone del siguiente buzón para tramitar su solicitud: gnbsiniestroslibranzas@aon.com

Cordialmente,

Aseguradora Solidaria de Colombia.

**SOLICITUD INDIVIDUAL
PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES**

CLASE DE VINCLACIÓN ASEGURADO <input checked="" type="checkbox"/>	FECHA DE SOLICITUD DÍA: 07 MES: 07 AÑO: 2021	NÚMERO DE PÓLIZA 994000000002
-----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	-----------------------------------------

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO CC CE NIT No. **860.050.750-1** RAZÓN SOCIAL **BANCO GNB SUDAMERIS**

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

TIPO DE DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI No. 73117257	PRIMER APELLIDO Vidal	SEGUNDO APELLIDO Cadavid	PRIMER NOMBRE Hector	SEGUNDO NOMBRE Julio
DIRECCIÓN DOMICILIO CL 76A No 24-53	TELÉFONO FIJO / CELULAR 3103703984	CIUDAD / MUNICIPIO Malambo	DEPARTAMENTO Atlántico	
CORREO ELECTRÓNICO	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Palmira	DÍA: 23 MES: 11 AÑO: 1965	GÉNERO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	PESO 75Kg
ESTATURA 1,70	OCUPACIÓN DETALLADA <input type="checkbox"/> Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa			
EN CASO DE SER PENSIONADO, MARQUE TIPO <input type="checkbox"/> Por servicio <input type="checkbox"/> Por edad <input type="checkbox"/> Por sanidad <input checked="" type="checkbox"/> Por invalidez <input type="checkbox"/> Por sustitución				

La prima mensual a cobrar se calcula aplicando la tasa mensual asignada a este Seguro por el valor asegurado. En caso de riesgos subestándar o agravados por salud, actividad o deportes, se aplicarán las respectivas extraprimas. El valor asegurado para cada deudor, será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito. El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?	SI	NO	¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?	SI	NO	¿Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las indicadas en las preguntas anteriores? (Especifique)
Cancer		<input checked="" type="checkbox"/>	Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardiacos		<input checked="" type="checkbox"/>	
Insuficiencia renal		<input checked="" type="checkbox"/>	Hipertensión arterial		<input checked="" type="checkbox"/>	
Accidente cerebro vascular		<input checked="" type="checkbox"/>	Diabetes mellitus		<input checked="" type="checkbox"/>	¿Tiene limitación física o mental congénita o adquirida? (Especifique)
Enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent		<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades mentales		<input checked="" type="checkbox"/>	

¿El cliente requiere remisión médica? SI NO

Si su respuesta es "SI", indique: Por edad y monto Por enfermedad declarada Por extraprima anterior

En caso de "NO", indique: Cláusula hipertensión (Hasta 40 millones) Enfermedad con extraprima automática (hasta 60 millones) No declara ninguna enfermedad

BENEFICIARIOS DE LOS AMPAROS DE AUXILIO FUNERARIO Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR FALLECIMIENTO

TIPO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO	EDAD	AFINIDAD	% DESIG.
1.						
2.						

NOTA: La cobertura de los amparos contratados solo aplica para quien firme como solicitante.

CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradoresolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA v/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para:

- Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de LA ASEGURADORA.
- Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013.
- Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.
- Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

DECLARACIONES - FIRMA Y HUELLA

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:

- No poseo pólizas de seguro vigentes con extra primas.
- No he sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro.
- Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verificadas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, o en la cláusula de irreductibilidad de esta póliza. Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los **07** días del mes de **Julio** del año **2021** en la ciudad de **Isiranguilla**.

 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA Firma Autorizada	 FIRMA SOLICITANTE C.C. 73117257		
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES SUBALTERNOS P.M. CUSV (S2) V.1.5 01/09/2010

TEXTO INFORMATIVO DE LAS PRINCIPALES CONDICIONES DE LA PÓLIZA

1. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado para cada deudor, será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito.

El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de la Aseguradora seleccionada.

2. COBERTURAS BÁSICAS

-Muerte por cualquier causa no excluida, incluyendo suicidio, homicidio y SIDA No preexistente, desde el primer día de inicio de vigencia del seguro para cada deudor.

-Incapacidad total y permanente, incluyendo la tentativa de homicidio y las lesiones por intento de suicidio.

-Auxilio funerario, por un monto de un millón de pesos (\$1'000.000) por deudor, sin cobro de prima adicional.

-Renta por muerte y/o incapacidad total permanente, por un monto de trescientos mil pesos (\$300.000) durante máximo 6 meses.

-En los casos en que el titular de la deuda sea rechazado y el codeudor sea quien realice el trámite del seguro, en caso de ser aceptado, este último será quien ostente la calidad de asegurado y quien tendrá las coberturas del seguro.

NOTA: El amparo de incapacidad total y permanente y el auxilio de libre destinación por incapacidad total y permanente, no aplicarán si al momento de la valoración médica no fueron otorgados por la compañía de seguros.

3. DEFINICIÓN DE COBERTURAS

3.1 AMPARO BÁSICO DE MUERTE

La Aseguradora, se compromete a pagar la correspondiente suma asegurada al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas en la póliza, bajo las condiciones generales y particulares de la misma. Se incluye Suicidio, Homicidio, Terrorismo (siempre que el deudor asegurado no participe en estos actos terroristas) y SIDA (siempre que no sea preexistente), desde el inicio de vigencia del seguro para cada deudor.

Nota: Este amparo se extiende a cubrir la muerte presunta por desaparecimiento conforme a la definición de la Ley colombiana, es decir, siempre que medie fallo o sentencia por autoridad competente.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

3.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para todos los efectos del presente amparo se entiende por incapacidad total y permanente aquella incapacidad sufrida por el asegurado, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar totalmente su profesión u oficio habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de ciento veinte (120) días, no haya sido provocada por el asegurado, y haya sido calificada con una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.

Se ampara la incapacidad total y permanente, cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo. De la misma forma, se amparan únicamente aquellos casos de incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre dentro de la vigencia de la póliza. Las incapacidades producidas por enfermedades o patologías preexistentes solo podrán tener cobertura cuando estas sean manifestadas expresamente por el asegurado en la Declaración de Asegurabilidad. La incapacidad total y permanente deberá ser certificada por los entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal:

- La pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, no preexistente.
- La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radiocarpiana o por encima de ella.
- La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.
- La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones ya definidas.

Se entiende como fecha del siniestro la fecha en que de acuerdo con el dictamen de calificación ejecutoriado se haya estructurado la pérdida de capacidad laboral definida.

PARÁGRAFO: La indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al amparo de Muerte, y por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la Aseguradora quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de Vida Grupo Deudores para el asegurado incapacitado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

3.3 AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO

La Aseguradora indemnizará la suma de \$1.000.000 por fallecimiento de cualquiera de los deudores que formen parte del grupo asegurado, como un auxilio por concepto de servicios funerarios. El valor se pagará a los beneficiarios nombrados por el asegurado, o en su defecto, a los beneficiarios de ley. Este valor corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

3.4 AMPARO DE RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR MUERTE Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En caso de Fallecimiento o de Incapacidad Total y Permanente del deudor asegurado, la Aseguradora reconocerá una suma mensual de \$300.000 durante máximo seis (6) meses. Este beneficio, se otorga siempre y cuando haya lugar a la indemnización por la cobertura Básica o el anexo de Incapacidad Total Permanente. El valor total definido para este amparo corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

4. LÍMITES DE EDAD

4.1 AMPARO BÁSICO DE MUERTE, AUXILIO FUNERARIO Y RENTA

Mínimo para ingresar 18 años Máximo para Ingresar 75 años + 364 días Máximo de permanencia Hasta la cancelación de la deuda, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora

4.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y RENTA

Mínimo para ingresar 18 años Máximo para Ingresar 75 años + 364 días Máximo de permanencia Hasta la cancelación de la deuda, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora

NOTA: Las condiciones particulares del negocio pueden ser consultadas en la página de la Compañía www.solidaria.com.co

Fecha - Evaluación: 2021-07-12

Solicitud No. 22021008321

Nombre Candidato: HECTOR JULIO VIDAL CADAVID

Identificación: 73,117,257

PATOLOGIAS

EXTRAPRIMA AFECTA
% ITP

1. CARDIOVASCULARES

ENFERMEDAD ARTERIOSCLEROTICA/ ATEROSCLEROSIS		
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO(IAM) CON STENTS HACE MAS DE 5 AÑOS		
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM) SIN STENTS HACE MAS DE UN AÑO		
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA		
BLOQUEOS / HEMBLOQUEOS DE RAMA		
TRANSTORNOS DEL RITMO CARDIACO SIN MARCAPASO (ARRITMIAS CARDIACAS/BRADICARDIA O TAQUICARDIA)		
TRANSTORNOS DEL RITMO CARDIACO CON MARCAPASO(ARITMIA CARDIACA/BRADICARDIA O TAQUICARDIA)		
VALVULOPATIAS (PATOLOGIA VALVULAR)		
HIPERTENSION PULMONAR		
HIPERTENSION ARTERIAL / TENSION ARTERIAL ALTA (presion arterial)		
ANEURIMA DE LA AORTA		
HIPERTENSION PORTAL		

2. ENFERMEDADES NEUROLOGICAS

ACV HACE MAS DE 5 AÑOS / ICTUS/APOPLEJIA/ DERRAME CEREBRAL / ISQUEMIA CEREBRAL		
AIT HACE MAS DE 5 AÑOS /ICTUS/APOPLEJIA/DERRAME CEREBRAL/ ISQUEMIA CEREBRAL		
ANEURISMAS CEREBRALES		
TRAUMA MEDULAR/TRM/ SECCION MEDULAR		
ENFERMEDAD DE PARKINSON/EPILEPSIA		
GUILLIAN BARRE		
ESCLEROSIS MULTIPLE		
DISCOPATIAS EN COLUMNA/ LESION DE DISCOS ESPINALES	25	SI

3. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

EPOC / ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA		
ASMA CON SINTOMAS EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS		
ASMA SIN SINTOMAS EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS		
BRONQUITIS CRONICA		
OXIGENODEPENDENCIA		
FIBROSIS PULMONAR		

4. AFECIONES DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS

GLAUCOMA / CATARATA / DESPRENDIMIENTO DE RETINA / CEGUERA / TRAUMA OCULAR		
HIPOACUSIA / SORDERA		
DISFONIA CRONICA		

5. ENFERMEDADES METABOLICAS / ENDOCRINOLOGICAS

DIABETES (Cualquier tipo)		
---------------------------	--	--

6. CANCER Y TUMORES

CANCER DECLARADO Y CURADO HACE MAS DE 5 AÑOS		
CANCER DECLARADO EN TRATAMIENTO O NO CURADO DENTRO DE LOS ULTIMOS 5 AÑOS		
LINFOMA DECLARADO Y CURADO HACE MAS DE 5 AÑOS		
LINFOMA DECLARADO EN TRATAMIENTO O NO CURADO DENTRO DE LOS ULTIMOS 5 AÑOS		

7. ENFERMEDADES AUTOINMUNES / COLAGENO

LUPUS / LUES / PSORIASIS		
ESCLEROSIS SISTEMICA / ESS		

EVALUACION MEDICA TELE-SUSCRIPCION (GNB Sudameris)

Fecha - Evaluación: 2021-07-12

Solicitud No. 22021008321

Nombre Candidato: HECTOR JULIO VIDAL CADAVID

Identificación: 73,117,257

PATOLOGIAS

EXTRAPRIMA AFECTA
% ITP

ESCLERODERMIA		
VIH		
SIDA		
ARTRITIS REUMATOIDEA/AR Y/O DEGENERATIVA		
8. AFECCION DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR		
ARTROSIS		
ARTRITIS GOTOSA/ARTITIS PSORIASICA		
ANTECEDENTE DE FRACTURA OSEA		
FIBROMIALGIA		
9. ENF. PSIQUIATRICAS-ENFERMEDADES MENTALES-TRANSTORNOS MENTALES		
ANSIEDAD / DEPRESION / ESQUIZOFRENIA / NEUROSIS		
DEMENCIA / ENFERMEDAD DE ALZHAIMER		
MIXTAS (DEPRESION-ESQUIZOFRENIA / TRANSTORNO ANSIOSO-DEPRESIVO)		
DELIRUM TREMENS		
DROGADICCION Y ALCOHOLISMO		
ENFERMEDAD MENTAL(SE RECHAZA SI EL CLIENTE ES INVALIDO COMO CONSECUENCIA DE LA ENFEM. MENTAL)		
10. DISLIPIDEMIA		
COLESTEROL Y/O TRIGLICERIDOS ELEVADOS	25	SI
11. UROLOGICAS-RENALES		
ENFERMEDAD GLOMERULAR / INSUFICIENCIA RENAL AGUDA / CRONICA		
12. HEPATICAS		
HEPATITIS B O C O DELTA / CIRROSIS		
CIRROSIS		
13. HEMATOLOGICAS		
ANEMIA		
HEMOFILIA		
EOSINOFILIA		
14. TRANSPLANTE DE ORGANO MAYOR(CORAZON,PULMON,HIGADO,BAZO,PANCREAS,INTESTINO DELGADO Y MEDULA OSEA)		
15. CLIENTE INVALIDO		
16. ESTA EN PROCESO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ O HA SIDO CALIFICADO PREVIAMENTE		
SI		SI
17. SUFRE O HA SUFRIDO ALGUNA ENFERMEDAD NO CONTEMPLADA ANTERIORMENTE? CUAL?		
No	0	
18. TOMA ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO EN FORMA REGULAR?		
Atorvastatina	0	
19. TIENE PROGRAMADO ALGUN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PARA LOS PROXIMOS DIAS / MESES		
No	0	

EVALUACION MEDICA TELE-SUSCRIPCION (GNB Sudameris)

Fecha - Evaluación: 2021-07-12

Solicitud No. 22021008321

Nombre Candidato: HECTOR JULIO VIDAL CADAVID

Identificación: 73,117,257

PATOLOGIAS

EXTRAPRIMA AFECTA
% ITP

OBSERVACION MEDICO

Discopatía vertebral
Obesidad
Dislipidemia en manejo con atorvastatina

NOMBRE EPS: FAMISANAR

Peso: 98 Talla: 1.7 IMC: 33.91

CALIFICACION FINAL: Extra-Prima con Exclusión de ITP

EXTRA PRIMA: 100 %